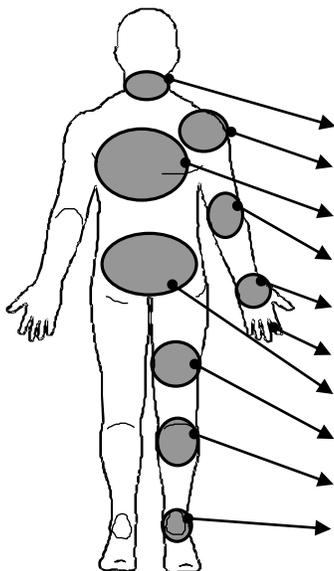


# EJERCICIO DE MAPEO CORPORAL

Cargo: \_\_\_\_\_ Tareas principales: \_\_\_\_\_

**1. Indique la parte o el área del cuerpo que le ocasiona molestias y el nivel de dolor o malestar que experimentó:**



Parte del cuerpo	Nivel de dolor o malestar		
	Apenas perceptible	Moderado	Intolerable
<input type="checkbox"/> Cuello			
<input type="checkbox"/> Hombro			
<input type="checkbox"/> Parte alta de la espalda			
<input type="checkbox"/> Codo/Ante Brazo			
<input type="checkbox"/> Muñeca/Mano			
<input type="checkbox"/> Dedos			
<input type="checkbox"/> Parte baja de la espalda			
<input type="checkbox"/> Cadera/Muslo			
<input type="checkbox"/> Rodilla			
<input type="checkbox"/> Tobillo/Pie			

**2. Marque la(s) palabra(s) que mejor describen su problema:**

- Dolorido     Quemazón     Calambres     Entumecimiento     Dolor     Hinchazón  
 Rigidez     Le pica     Debilidad     Decoloración     Otro

**3. ¿Cuánto dura cada episodio?** (marque con una "X" sobre la línea)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (1 hora)    (1 día)    (2-3 días)    (1 semana)    (1 mes)    (6 meses)

**4. ¿Cuál cree que fue la causa del problema?** \_\_\_\_\_

**5. Escriba un comentario sobre lo que cree que mejoraría sus síntomas.** \_\_\_\_\_

Fuente: "Symptom Survey: Ergonomics Program" ("Elements of Ergonomics Programs", Publicación de DHHS-NIOSH N.º 97-117, Página 87)

Este material fue producido bajo la subvención Susan Harwood [SH20856SH0] del Departamento de Trabajo de E.U., Administración de Seguridad y Salud. El contenido de este material no refleja necesariamente las opiniones o las políticas del Departamento de Trabajo de los E.U., ni la mención de nombres comerciales, productos comerciales, u organizaciones implica la aprobación por el Gobierno de los E.U